

J. Dalmau Serra, B. Ferrer Lorente

An Esp Pediatr 1998;48:327-328.

Sr. Director:

A pesar de los numerosos estudios hechos en España sobre obesidad infanto-juvenil existen pocos trabajos sobre su tratamiento⁽¹⁻⁴⁾. Por ello es de gran interés el realizado por Bustos y cols.⁽⁵⁾ puesto que es la mayor serie de pacientes tratados, y dicho tratamiento ha sido efectuado desde 5 centros de Atención Primaria, lo cual constituye un enorme esfuerzo de coordinación de los diferentes equipos pediátricos participantes para unificar las medidas terapéuticas. Sin embargo, los comentarios sobre sus propios resultados, así como los de otros estudios nacionales y extranjeros, parecen desalentadores. Como muy bien dicen los autores en todos los estudios hay un gran número de abandonos, y con el tiempo muchos de los pacientes que habían presentado mejoría en los parámetros antropométricos tienden a recaer; hay pocos estudios a largo plazo que muestren si las mejorías en parámetros bioquímicos (colesterol, triglicéridos, glucorregulación, etc.) o en los aspectos psicológicos se mantienen. Pero esta falta de datos sólo sirven para poner de manifiesto la dificultad que conlleva el tratamiento de la obesidad, lo cual también ocurre en muchas otras enfermedades pediátricas. Lo mismo puede decirse acerca de sus comentarios sobre los riesgos potenciales del tratamiento, que existen cuando se instaure un tratamiento para cualquier enfermedad, y que el pediatra debe conocer. A pesar de las limitaciones dichas, sí existen estudios que, aunque sea parcial y temporalmente, indican mejoría en los aspectos citados, lo cual indica que existen posibilidades terapéuticas (ver referencias en cita 6). Entre éstos es de destacar el de Epstein y Cols.⁽⁷⁾ que mostró que en 75 niños obesos tratados en un corto período de tiempo los efectos de la reducción de peso se mantenían diez años después, cuando hubo significativamente menos obesos que en el grupo control. Estos datos motivaron un comentario editorial⁽⁸⁾ en el sentido de estimular el tratamiento de la obesidad, tanto en pediatría primaria, como en hospitalaria, sin necesidad de intervenciones terapéuticas agresivas. Recientes publicaciones apoyan estos conceptos⁽⁹⁾.

Por todo ello no debe sugerirse que el tratamiento de la obesidad sea de dudosa eficacia, sino enfatizar ciertos aspectos importantes: 1º. La necesidad de que los pediatras tengan una formación suficiente que permita el abordaje terapéutico, a poder

Controversias sobre el tratamiento de la obesidad

ser dentro de un equipo multidisciplinario (dietista, psicólogo, nutricionista), aunque éste sea difícil de instaurar en medicina primaria en cuyo caso el pediatra debe asumir en lo posible todas sus funciones. 2º. Es necesario seguir realizando estudios como el hecho por Bustos y cols. con el fin de hallar las medidas terapéuticas más eficaces, tanto a corto, como a largo plazo; cuando se disponga de suficientes estudios, con iguales criterios de definición de obesidad, edades y períodos de seguimiento similares y modalidades de tratamiento reproducibles, se podrá valorar más concretamente la eficacia y posibles riesgos del tratamiento. Estos dos aspectos, equipo experto y estudios comparativos son fundamentales. Nosotros iniciamos tratamientos de obesidad en 1983, y fuimos modificando las pautas en función de las disponibilidades del hospital (incorporación al programa de dietista y paidopsiquiatra), de la información de otros autores y de la experiencia que íbamos adquiriendo; sólo cuando dichas pautas estuvieron suficientemente contrastadas publicamos nuestros resultados en el grupo de obesos vistos desde 1989⁽⁴⁾. En cualquier caso estos estudios sirven para concienciar a los pediatras (y a la población general) sobre la importancia de la obesidad por su elevada morbilidad, lo que debe repercutir en extender al máximo las medidas preventivas, que es el objetivo primordial, y evitar tratamientos agresivos⁽¹⁰⁾.

Finalmente, estamos de acuerdo con Bustos y cols. en el sentido de que es necesario seleccionar a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento. Nuestros criterios actuales⁽⁶⁾ son: obesos con gran interés en perder peso, obesos hijos de padres obesos o con complicaciones (infarto miocardio, diabetes), obesos en los que la obesidad es un hándicap, obesidad grave o con complicaciones (dislipemias, hipertensión, hiperglucemia, hipertransaminasemia), y obesos con alteraciones psicológicas.

Bibliografía

- 1 Temboursy MC; Sacristán A; San Frutos MA; Rodríguez F; Llorente R: "Resultados preliminares de un protocolo de obesidad infantil en atención primaria". *An Esp Pediatr* 1993; **38**:413-416.
- 2 Moya M; Juste M; Planelles A: "Tratamiento de la obesidad y sobrepeso en el niño y en el adolescente". *Act Nutr* 1993; **14**:19-24.
- 3 González MP; Parra MI; Agis M; Rodríguez A; Hidalgo MI: "Tratamiento de niños y adolescentes obesos con un protocolo basado en dieta y ejercicio". *Act Ped Esp* 1995; **53**:552-558.
- 4 Ferrer B; Fenollosa B; Ortega S; González P; Dalmau J: "Tratamiento multidisciplinario de la obesidad pediátrica. Resultados en 213 pacientes". *An Esp Pediatr* 1997; **46**:8-12.
- 5 Bustos G; Moreno F; Calderín MA; Martínez JJ; Díaz E; Arana C:

Hospital Infantil La Fe, Valencia.

Correspondencia: Jaime Dalmau Serra. Hospital Infantil La Fe. Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia

- “Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil”. *An Esp Pediatr* 1997; **47**:135-143.
- 6 Dalmáu J: “Fisiopatología y tratamiento de la obesidad”. *An Esp Pediatr* 1996; supl **76**:29-33.
- 7 Epstein LH; Valoski A; Wing RR; McCurley J: “Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children”. *JAMA* 1990; **264**:2519-2523.

- 8 Stunkard AJ; Berkowitz RI: “Treatment of obesity in children”. *JAMA* 1990; **264**:2550-2551.
- 9 Braet C; Van Winckel M; Van Leeuwen K: “Follow-up results of different treatment programs for obese children”. *Acta Pediatr* 1997; **86**:397-402.
- 10 Must A: “Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents”. *Am J Clin Nutr* 1996; **63** (suppl):445S-447S.

P.J. Ruiz Lázaro

An Esp Pediatr 1998;48:328.

Sr. Director:

He leído con interés el debate surgido en esta sección de la revista entre miembros del Departamento de Pediatría del Hospital Universitario de Alicante y el Dr. Sarría en relación a la hospitalización inapropiada^(1,2). Se afirma que son infrecuentes los estudios en Pediatría y que el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol (PAEP), con todas sus limitaciones debe ser bienvenido. En este contexto, debo recordar que el Departamento de Pediatría del Hospital Clínico de Zaragoza fue uno de los pioneros en el uso del PAEP en España. En 1994, se realizó un estudio para valorar la aplicabilidad del PAEP en nuestro medio, que fue presentado en la XXV Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría⁽³⁾. La estrategia consistió en: 1) traducción del cuestionario propuesto por Kreger para investigar la estancia inapropiada⁽⁴⁾ y estudio de la validez de construcción mediante revisión por expertos; 2) aplicación del PAEP-estancias a una muestra de 145 historias clínicas de niños entre 6 meses y 14 años ingresados en el departamento de Pediatría entre enero y mayo de 1994; y 3) estudio de concordancia entre observadores mediante el coeficiente kappa. Los expertos fueron médicos del propio hospital. Todos opinaron que el PAEP podría ser útil para medir el uso adecuado de los servicios pediátricos hospitalarios. Propusieron como criterios de estancia apropiada a añadir a los ya incluidos en el cuestionario de Kreger: a) realización de cirugía menor (no quirófono), b) factores familiares (maltrato, desatención, imposibilidad de control terapéutico domiciliario), c) realización de pruebas complementarias problemática por vía ambulatoria, d) contrato terapéutico (anorexia nerviosa), y d) falta de resultados de pruebas imprescindibles

Estancia inapropiada según el *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*. Estudio en un servicio de pediatría español

para diagnóstico y tratamiento ulterior. Excluirían como criterio la realización el mismo día de punción lumbar o de endoscopia. Considerando una estancia apropiada el cumplir alguno de los criterios del PAEP, se encontró una estancia inapropiada del 20 %. Los motivos fueron los siguientes: 1) realización de pruebas complementarias posibles ambulatoriamente (9%), 2) retraso en la recepción de resultados de pruebas (5%), 3) admisión prematura ante intervenciones quirúrgicas o pruebas diagnósticas (3%), 3) alargamiento de la estancia por posición conservadora del médico (2%) y 4) motivos sociales (1%). El coeficiente kappa de fiabilidad interobservador fue excelente (0,89). Estos resultados son mayores que los observados por Kreger (13,3%)⁽⁴⁾, aunque similares a los de Kemper (21,4%)⁽⁵⁾. Analizando las causas de estancia inapropiada se puede concluir que la decisión de mantener ingresado a un niño no depende siempre en nuestro medio de criterios estrictamente clínicos. Hoy en día, la optimización de los recursos es imprescindible, y métodos como el PAEP aportan en esta empresa información distinta de los indicadores habituales (estancia media, % de ocupación, etc.).

Bibliografía

- González de Dios J, Mateos Hernández MA, González Casado I: Hospitalización inapropiada: un marcador de calidad asistencial. *An Esp Pediatr* 1997; **46**:521-524.
- Sarría A: Réplica. *An Esp Pediatr* 1997; **46**:524-525.
- Ruiz Lázaro PJ, Ortega Soria R, Moliner Lahoz J: Investigación del uso inapropiado de la hospitalización en Pediatría. Comunicación oral. Barcelona: XXV Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría, 1994.
- Kreger BE, Restuccia JD: Assessing the Need to Hospitalize Children: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. *Pediatrics* 1989; **84**:242-247.
- Kemper KJ.: Medically inappropriate hospital use in a pediatric po-

Pediatra. Insalud. Logroño.

Correspondencia: P.J. Ruiz Lázaro,

C/ Duques de Nájera, 61, 1ªA. 26005 Logroño